

Le stade de généralisation mortelle est l'aboutissant ordinaire des trois autres; cependant il ne faut pas croire que c'est là la marche fatale d'un sarcome mélanique de la choroïde. Le sujet peut présenter assez de résistance pour emprisonner, enkyster son mal dans l'œil et l'étouffer en quelque sorte sur place. Berthold<sup>1</sup> et Sichel<sup>2</sup> en ont fait connaître des observations qui paraissent convaincantes; toutefois, en pareille circonstance, il faut se demander si le sarcome a précédé ou suivi l'atrophie. Dernièrement Leber et Krahnstøver (*loc. cit.*) ont publié sur ce sujet un travail qui rappelle et commente tous les cas connus. Ils font judicieusement remarquer que lorsqu'on trouve un sarcome dans un œil atrophié, il n'en faut pas conclure que l'atrophie a suivi le sarcome. Ces auteurs n'en ont relevé qu'un petit nombre de cas, dans lesquels l'atrophie était manifestement secondaire; plus souvent l'atrophie était primitive et le sarcome s'était développé sur un œil déjà enflammé et réduit dans son volume. (TERRIEN. *Archives d'ophtalmologie*, 1899, p. 470.)

Leber et Krahnstøver ont réuni 32 faits, dont deux personnels, dans lesquels il y a eu atrophie secondaire du globe oculaire au cours du sarcome de la choroïde. Dans un petit nombre de cas l'apparition de l'atrophie a été attribuée à une cause extérieure, traumatisme accidentel ou opératoire; mais le plus souvent l'atrophie du globe s'était produite sans cause provocatrice manifeste. De Græfe attribuait cette évolution à une kératite suppurée consécutive elle-même à une poussée glaucomateuse. A cette kératite suppurée succédaient une panophtalmie et l'atrophie du globe. Fuchs a expliqué cette atrophie par une irido-choroïdite. Nous avons plus haut discuté ces opinions; qu'il nous suffise ici de retenir la possibilité de cet arrêt dans l'évolution du néoplasme, arrêt qui contraste avec ce qui se passe à la période de généralisation où la marche envahissante du mal entraîne rapidement la mort du malade.

Tels sont les symptômes que présente le sarcome mélanique de la choroïde à ses divers stades. Arrivons maintenant au diagnostic de cette affection.

<sup>1</sup> BERTHOLD. Sarkom mit darauf folgender Atrophie. *Zehnder's Monatsblatt*, 1870.

<sup>2</sup> SICHEL. Sarcome de la choroïde avec atrophie consécutive. *Gaz. méd. de Paris*, 1867.

## E. — DIAGNOSTIC.

Avant d'entrer dans les considérations pathologiques nécessaires ici, un mot sur la technique à suivre.

Pour les tumeurs de l'iris il suffira de l'examen à l'œil nu et de l'éclairage oblique pour voir tous les détails importants; on pourra y ajouter, pour compléter l'examen, l'usage de la loupe binoculaire ou de la loupe électrique de Schweiger.

De même une tumeur du corps ciliaire faisant saillie dans la pupille sera vue à l'œil nu et à l'éclairage oblique; le miroir ophtalmoscopique permet également de délimiter exactement les contours du néoplasme qui

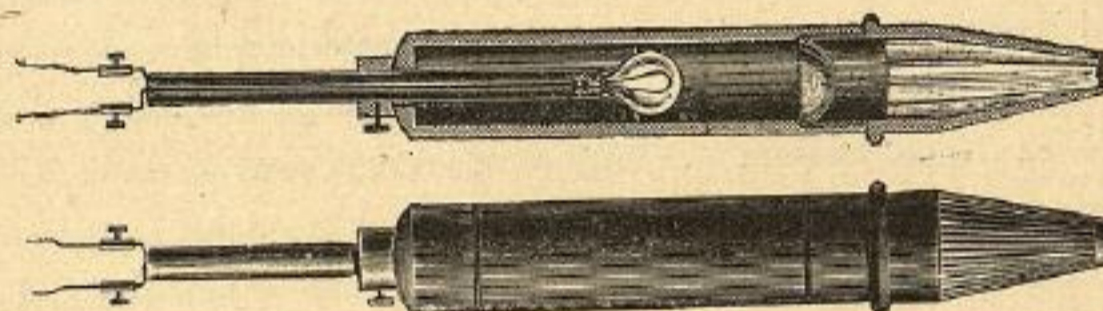


FIG. 109. — Éclaireur de contact. Modèle du Dr ROCHON-DUVIGNEAUD.

se profilent en noir, en ombre chinoise (Rochon-Duvigneaud) sur le fond uniformément éclairé de l'œil.

L'éclairage excentrique donnera ici des renseignements excellents; on sait que cet éclairage consiste à illuminer l'œil selon la manière qu'utilisent les laryngologistes pour le larynx ou les cavités du nez, en tenant le miroir sur le front et en regardant ainsi à œil découvert la partie éclairée. En interposant une lentille, on peut de la sorte examiner à la loupe le néoplasme illuminé.

Les sarcomes choroïdiens profonds sont reconnus par les moyens ordinaires (image droite, image renversée); mais ceux qui sont placés entre l'équateur de l'œil et le corps ciliaire sont particulièrement justiciables d'un mode d'examen spécial et relativement nouveau, l'éclairage de contact, recommandé d'abord par Chibret, et devenu très pratique à l'aide de l'instrument mis en usage par Rochon-Duvigneaud (fig. 109).

Cet appareil se compose essentiellement d'un tube contenant une



petite lampe électrique s'allumant derrière une lentille convexe.

Quand la lampe de contact est appliquée sur la sclérotique on voit, si l'obscurité de la pièce est complète, la pupille s'éclairer fortement comme dans l'examen ophtalmoscopique.

« La cataracte la plus complète, les exsudats pupillaires les plus épais, le vitré le plus trouble n'empêchent nullement cet éclairage de la pupille, parce que ce sont là des objets sinon transparents, du moins translucides. Un décollement simple de la rétine se laisse également traverser » (Rochon-Duvigneaud). Ces affirmations sont incontestables et chacun peut les vérifier à l'aide de l'appareil de notre savant collègue; mais il n'est pas exact de dire que le néoplasme est chose absolument opaque. Cela n'est vrai que du néoplasme très épais et relativement volumineux; celui-là seul arrête la lumière assez complètement pour que, avec l'éclairage de contact, la pupille reste noire; un néoplasme jeune encore, mince, étalé, en nappe, laissera au contraire aussi facilement passer la lumière qu'un exsudat, et l'éclairage de contact pourrait conduire l'observateur, qui lui accorderait une trop grande confiance, à une erreur de diagnostic.

Ajoutons, enfin, que cet instrument ne donnera que des résultats négatifs dans les cas où la tumeur siègera dans l'hémisphère postérieur du globe, car il est évidemment essentiel que l'éclairage puisse être appliqué sur la sclérotique en face même du néoplasme pour que celui-ci arrête les rayons lumineux. Ainsi compris et même après ces restrictions, l'instrument de Rochon-Duvigneaud garde une valeur pratique considérable et nous nous en sommes servi avec profit.

Les moyens d'exploration étant ainsi connus, arrivons au diagnostic proprement dit; nous étudierons successivement, en donnant à chaque partie le développement inégal qu'elle comporte, le diagnostic: 1° des sarcomes de l'iris; 2° du corps ciliaire; 3° de la choroïde.

a) *Sarcome mélanique de l'iris.* — Le diagnostic des sarcomes mélaniques de l'iris ne présente pas de grandes difficultés. Il faudra cependant s'appliquer à ne pas les confondre avec les nævi pigmentaires, sortes de productions noirâtres, composées exclusivement de cellules analogues à celles du stroma. Knapp et Fuchs assimilent ces excroissances

bénignes aux nævi pigmentés de la peau. Dans ce diagnostic on ne perdra pas de vue que ces nævi peuvent, comme ceux de la peau, se transformer en mélano-sarcomes.

Le *kyste* de l'iris, de forme arrondie, a d'habitude un aspect bleuâtre, mais sa transparence relative peut le faire paraître noir; il faudra, pour ne pas tomber dans une erreur de diagnostic, faire un examen très attentif avec un puissant éclairage oblique.

Citons encore les *gommés* de l'iris qui ont pu quelquefois en imposer pour des tumeurs mélaniques de cette membrane. L'évolution du mal et l'action du traitement lèveront rapidement tous les doutes.

Au sujet des productions inflammatoires condylomateuses de l'iris qui pourraient être confondues avec le sarcome mélanique, il convient de remarquer que les néoplasies infectieuses sont constituées par des tissus à croissance rapide, mais caducs, peu vasculaires, de couleur jaunâtre, avec des points caséeux, tandis que les sarcomes sont des excroissances vivaces, vasculaires, à croissance assez lente. De plus, avec les sarcomes, il n'y a jamais d'iritis, la pupille est mobile; au contraire, avec les tubercules, les gommés, il y a toujours de l'inflammation, des synéchies, des dépôts sur la membrane de Descemet.

b) *Sarcome mélanique du corps ciliaire.* — Le diagnostic des sarcomes du corps ciliaire est relativement facile, et par cela même ils sont reconnus de meilleure heure que les sarcomes de la choroïde et leur pronostic bénéficie d'une thérapeutique plus active.

Au sujet du diagnostic, nous pouvons répéter ici ce que nous venons de dire relativement aux tumeurs de l'iris; les gommés et les tubercules s'accompagnent toujours d'accidents inflammatoires évidents, il y a de l'injection périkeratique, de l'iritis aiguë avec les gommés, de l'iritis torpide avec les tubercules. Les gommés et les tubercules aboutissent naturellement, sans entraîner le glaucome, à une perforation du globe par ulcération de la sclérotique.

Dans le sarcome du corps ciliaire, il n'y a pas d'inflammation, il y a du glaucome; il n'y a pas d'ulcération à la surface du globe.

Le *cysticerque* de la région ciliaire sera reconnaissable à sa colora-



tion, à la translucidité de la vésicule, à ses mouvements propres.

Nous arrivons maintenant au diagnostic du sarcome de la choroïde : les détails dans lesquels nous allons entrer serviront à compléter l'étude des néoplasmes de l'iris et du corps ciliaire, car nous exposerons, à propos des tumeurs choroïdiennes, toutes les généralités qui s'appliquent aux tumeurs intra-oculaires en général.

c) **Sarcomes mélanique de la choroïde.** — Le sarcome de la choroïde occupe une place très variable; il est voisin de l'ora serrata, équatorial, maculaire, juxta-papillaire, presque toujours il est à base sessile, quelquefois pourvu d'une tête arrondie avec une large implantation et présentant, entre la tête et la base, un étranglement circulaire.

Le sarcome plat diffus n'est cependant pas inconnu : Fuchs<sup>1</sup>, Mitvalsky<sup>2</sup> et Ewetzky<sup>3</sup> en ont rapporté des exemples, mais cette forme diffuse, habituelle dans le carcinome métastatique, est tout à fait exceptionnelle dans le sarcome mélanique de la choroïde. La marche clinique du sarcome en nappe est d'ailleurs la même que celle du sarcome circonscrit et mamelonné.

Le diagnostic de l'affection doit être fait à chaque période; nous allons successivement en exposer les règles en divisant cette étude en autant de paragraphes qu'il y a de stades dans l'évolution du sarcome.

**PREMIÈRE PÉRIODE.** — Les troubles visuels accusés par le malade devront inviter à faire un examen très attentif de l'œil qui, pour permettre une exploration complète, pourra être soumis à l'action d'un mydriatique.

En cas de tumeur de la choroïde, on se trouvera en présence d'un soulèvement ou d'un décollement rétinien, deux états qu'il ne faut pas confondre entre eux.

Lorsqu'il y a soulèvement, la rétine adhère encore exactement au néoplasme (fig. 110); c'est alors qu'on peut voir, au-dessous du réseau rétinien, le second réseau vasculaire sur lequel Brière a insisté. Ce signe bien constaté peut être considéré comme pathognomonique et il faut

<sup>1</sup> FUCHS. *Loc. cit.*, obs. XVIII, p. 93

<sup>2</sup> MITVALSKY. Zur Kenntniss der Aderhautgeschwülste. *Arch. f. Augenheilk.*, XXVIII, p. 321.

<sup>3</sup> EWETZKY. Ueber Dissemination der Sarkome des Uvealtractus. *Arch. f. Ophth.*, 1896, p. 191.

s'appliquer à le rechercher, à l'aide d'un éclairage intense, par un examen minutieux.

Ce double réseau vasculaire peut se présenter dans d'autres cas que dans le sarcome de la choroïde: c'est ainsi qu'on peut constater une vascularisation adventice dans certaines rétinites et dans quelques néoformations

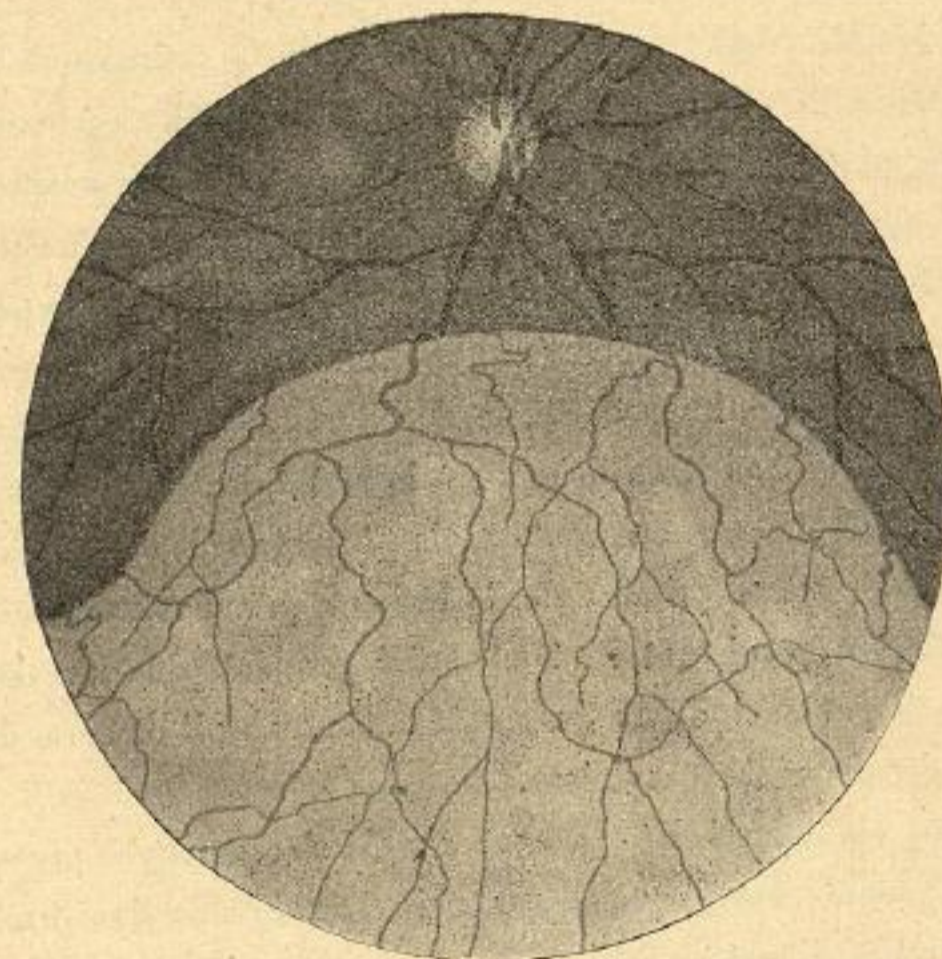


FIG. 110. — Sarcome de la choroïde. La portion la plus antérieure avancée trop vers l'ora serrata pour être vue à l'ophtalmoscope. Les vaisseaux rétiens disparaissent derrière la limite postérieure de la tumeur et après s'être coulés brusquement reparaissent à la surface. (HAAB.)

mations du vitré : dans le premier cas les vaisseaux sont sur le même plan que les vaisseaux rétiens; dans le second, ils sont en avant.

En outre de ces produits inflammatoires, le sarcome de la choroïde à la première période peut être confondu avec les tubercules, le gliome, le pseudo-gliome et le décollement simple.

Les tubercules de la choroïde sont reconnaissables au semis de nodules blanchâtres qui couvre une grande surface de la choroïde, ainsi qu'aux phénomènes inflammatoires qu'ils déterminent. Ces phénomènes sont presque toujours absents dans le sarcome.



Le diagnostic du *gliome* et du *pseudo-gliome* sera fait à propos de cette affection ; nous y renvoyons le lecteur.

Le *décollement simple* offre un tout autre aspect que le soulèvement de la rétine par une tumeur ; dans ce dernier cas on constate les caractères ophtalmoscopiques du décollement avec les quelques particularités suivantes : la rétine est quelquefois repoussée fortement vers le cristallin par une grande quantité de liquide résultant de la présence du sarcome ; au niveau du décollement la rétine est épaissie, infiltrée par une masse sanguine et s'il n'y a pas de traumatisme dans les antécédents, le sarcome sera probable ; probable aussi sera l'existence d'un néoplasme si l'affection survient chez une personne âgée, non myope et n'ayant reçu aucune contusion oculaire ; enfin, le siège du décollement a également une grande importance, le décollement simple se produit le plus souvent en bas et en dehors ; à la vérité, il débute dans un assez grand nombre de cas en haut, mais il gagne ensuite les parties déclives et le siège primitif de la lésion reprend son aspect normal. Le décollement persistant en haut, suivi pendant plusieurs semaines, indiquera la présence d'un sarcome de la choroïde ; il en sera de même dans les décollements maculaires.

Ajoutons enfin que le décollement simple s'accompagne presque toujours d'hypotonie, tandis que l'hypertonie est habituelle dans les tumeurs de la choroïde ; il faut toutefois remarquer que ceci ne peut être posé en règle absolue, car un décollement simple, mais complet, de la rétine refoulant le cristallin en avant peut entraîner des accidents glaucomateux.

En pareil cas, il faudra utiliser l'éclairage de contact qui permet d'apprécier le degré de transparence de la coque oculaire, ainsi que nous l'avons exposé plus haut. En signalant l'avantage de cet éclairage nous avons dû faire remarquer qu'il n'était d'aucun secours lorsque la tumeur occupait les parties postérieures du globe. On pourra pratiquer, en pareille circonstance, la ponction exploratrice recommandée par Hirschberg<sup>1</sup> et capable de transformer le décollement en soulèvement ; Fränkel<sup>2</sup> recommande de pratiquer la ponction de l'œil en face du décollement, de

<sup>1</sup> HIRSCHBERG. *Kuapp's Arch.*, X Bd, p. 59.

<sup>2</sup> FRÄNKEL. In *Hirschberg's Centralblatt f. Augenheilk.*, 1878, p. 286.

suivre l'aiguille en examinant à l'image droite, de ponctionner le décollement de dedans en dehors, de fouiller au-dessous de lui et de toucher ainsi immédiatement la tumeur. Il sera bien rarement nécessaire de suivre les conseils de Hirschberg et de Fränkel.

Von Grosz<sup>1</sup> a eu l'idée d'examiner le liquide du décollement au point de vue histologique ; dans ce liquide, retiré avec une seringue de Pravaz, il a trouvé des cellules pigmentées alors que le liquide sous-rétinien du décollement simple n'en renferme pas. C'est là un moyen de diagnostic bon à connaître et peut-être capable de rendre des services.

Le *cysticerque sous-rétinien* peut encore être confondu avec le sarcome à la première période, mais cette affection est, en France, d'une telle rareté qu'il n'y a pas lieu de redouter une pareille erreur de diagnostic. Il n'en est pas de même en Allemagne où le cysticerque est fréquent. La vésicule du cysticerque a un aspect très caractéristique, une couleur blanc bleuâtre, nettement limitée et entourée d'une zone claire ; la rétine passe librement au-devant et tant qu'elle reste transparente, le diagnostic est relativement facile ; on pourra souvent constater dans la vésicule des mouvements ondulatoires ; la rétine se décolle rarement, mais elle devient opaque ; il se produit des troubles inflammatoires qui n'existent pas dans le sarcome et jamais il n'y a d'hypertonie (Leber, de Graefe, Sæmisch) (v. Livre IV).

DEUXIÈME PÉRIODE. — A la deuxième période le sarcome de la choroïde peut être confondu avec deux affections : 1° un glaucome aigu simple ; 2° une choroïdite suppurée.

Le *glaucome simple* présente une grande analogie avec le glaucome consécutif aux sarcomes choroïdiens ; tous les symptômes extérieurs du glaucome secondaire, sauf l'aspect de l'œil de chat amaurotique qui n'est pas un signe constant, simulent, à s'y méprendre, une attaque simple de glaucome.

L'étude des commémoratifs de la maladie sera d'un grand secours ; dans le glaucome simple, le malade aura eu plusieurs attaques prodromiques, avec obnubilation passagère de la vue, cercles colorés autour

<sup>1</sup> VON GROSZ. Le sarcome du tractus uvéal. *Orosi Hétilap Szemestret*, 1896, n° 1.



des lumières et retour à peu près complet de la vision qui décroît peu à peu après chaque attaque de glaucome ; lorsqu'il y a sarcome, le sujet a constaté la disparition de sa vision sur un point circonscrit du champ visuel, quelquefois dès le début dans les parties centrales, puis avec le décollement de la rétine la vision a, sans douleurs, progressivement disparu jusqu'au moment où éclatent les accidents glaucomateux.

Cette étude des *commémoratifs*, si importante qu'elle soit, ne donne pas toujours, il faut le reconnaître, de renseignements précis. Dans la tumeur, avant le gros accès d'hypertension il se produit souvent de petites élévations du tonus qui en imposent pour le glaucome, que nous croyons simple alors qu'il est secondaire à un néoplasme.

Quand il sera possible de suivre son malade, avant de prendre une décision, le diagnostic sera grandement éclairé par la marche de l'affection. Dans le glaucome *simple*, au bout d'un certain temps, une semaine ou deux, il y a des rémissions ; dans le glaucome *dépendant d'une tumeur*, les accidents vont toujours en s'aggravant jusqu'au moment où la coque oculaire se perfore.

De même le diagnostic sera considérablement facilité par les examens antérieurs que l'ophtalmologiste aura pu pratiquer au cours de la maladie. Si un décollement rétinien a été constaté avant l'apparition du glaucome, il y a tout lieu de supposer que celui-ci est bien consécutif à un néoplasme, encore que le glaucome ne soit pas absolument inconnu dans l'évolution du décollement rétinien ordinaire, surtout lorsque celui-ci s'est accompagné d'une iritis entraînant l'occlusion de la pupille.

La preuve de la difficulté du diagnostic que nous exposons ici se trouve avec évidence dans le nombre des erreurs qui sont journellement commises ; nous nous accusons de nous être trompé une fois et nous sommes en bonne compagnie, puisque de Graefe, Jacobi, Knapp, Hasket Derby ont accusé de pareilles erreurs de diagnostic. Au Congrès d'ophtalmologie de 1867, à Paris, Critchett signala à ses collègues que dans des cas de glaucome on rencontre très souvent des tumeurs et déclara qu'en règle générale il fallait extirper les yeux glaucomateux ; dans un œil glaucomateux, aveugle depuis huit ans, il avait trouvé une tumeur de la grosseur d'une cerise.

Lorsqu'on commet une pareille erreur, on pratique une iridectomie pour débarrasser le malade du glaucome simple qu'on lui attribue, mais après l'opération la tumeur continue son évolution, et si l'intervention produit une légère rémission dans les douleurs et dans les autres symptômes, aussitôt que la plaie se referme, les accidents glaucomateux recommencent ; c'est là ce qui s'est passé dans notre observation ; en pareil cas, le diagnostic néoplasme s'impose.

La *choroïdite suppurée* à forme chronique peut en imposer pour un néoplasme ; elle laisse voir d'une façon presque typique le reflet de l'œil de chat amaurotique ; à la vérité, elle s'accompagne très rarement d'hypertension ; c'est, au contraire, chez elle l'hypotonie et les phénomènes d'iritis qui frappent immédiatement l'observateur, mais nous savons que dans la deuxième période de l'évolution du sarcome on rencontre un certain nombre de faits dans lesquels il y a irido-cyclite et souvent hypotonie ; si l'œil est par ailleurs inéclairable, que l'ophtalmoscope et l'éclairage de contact soient inutilisables, il peut être difficile de reconnaître sur-le-champ la présence ou l'absence d'un néoplasme.

Fuchs fait remarquer que lorsqu'un œil atteint de sarcome est affecté d'irido-cyclite, la pupille reste relativement dilatée au lieu de devenir très petite comme dans les irido-choroïdites ordinaires. Dans le cas qu'il décrit, page 80, observation XIV de son livre, il est question d'un malade qui fut d'abord atteint d'une violente irido-cyclite et revint un mois plus tard avec un œil légèrement hypotone, dont la pupille était élargie par suite d'une atrophie de l'iris. Il s'était donc produit dans l'iris une dégénérescence glaucomateuse et non l'occlusion pupillaire qui est la règle dans les irido-cyclites simples. Il y a là un élément de diagnostic important.

Nous reviendrons sur ce diagnostic au sujet du gliome rétinien qui a été, plus souvent que le sarcome de la choroïde, confondu avec les pseudo-tumeurs. (Voir Livre IV et Livre V.)

Ajoutons qu'il sera souvent nécessaire de mettre le malade en observation et de suivre l'évolution du mal. Dans le doute, d'ailleurs, il faudra se décider à l'énucléation ; cette opération, nécessaire en cas de sarcome, ne sera nullement regrettable dans les cas de choroïdite grave suppurée.



TROISIÈME PÉRIODE. — A la troisième période, le diagnostic des sarcomes choroïdiens ne présente plus de difficultés sérieuses ; quand la rupture se produit au niveau du canal de Schlemm, l'aspect des petites tumeurs noirâtres qu'on rencontre à ce niveau sera caractéristique, lorsqu'on découvrira dans l'intérieur de l'organe les signes habituels du néoplasme. Lorsqu'on ne les trouve pas, il faudra songer à la possibilité, dans cette région, de petites hernies de l'iris venues spontanément, lentement, à la suite d'une ulcération de la coque oculaire.

Les tumeurs épibulaires peuvent faire croire à la perforation de la coque oculaire par un néoplasme intérieur, mais l'erreur sera vite dissipée par l'examen ophtalmoscopique lorsque le néoplasme épibulaire, encore au début, permettra l'exploration de l'œil ; mais lorsque la tumeur perce la cornée, le doute sera permis. Le diagnostic, en pareil cas, s'appuie sur les antécédents ; les productions épibulaires commencent au niveau de l'œil par de petites saillies rouge foncé qui se développent pendant longtemps sans troubler la vision, tandis que le sarcome du tractus uvéal, avant de se traduire à l'extérieur par des nodules épiscléraux, trouble et abolit la vision et passe par une assez longue période glaucomateuse qui manque toujours dans les néoplasmes épibulaires. En outre, il convient de remarquer que ces dernières tumeurs sont presque toujours des épithéliomas, et l'examen histologique d'un fragment enlevé à cet effet pourra éclairer le diagnostic.

Lorsqu'on constate à la fois la présence d'une tumeur *intra-oculaire* et *extra-oculaire*, on sera presque toujours autorisé à considérer la dernière comme la conséquence et l'expansion de la première. En règle générale, les tumeurs sortent de l'œil et n'y rentrent pas. Nous avons cependant démontré, dans nos études sur l'épithélioma du limbe scléro-cornéen, qu'il peut y avoir des exceptions à cette règle (voir page 173).

Quand le néoplasme intra-oculaire rompt la sclérotique au niveau de l'équateur ou derrière lui, on ne tarde pas à le voir prendre dans l'orbite plus d'extension que dans l'œil ; cet organe est repoussé dans des directions diverses selon le lieu de la perforation.

Le diagnostic à faire en pareil cas consiste à savoir s'il s'agit d'un néoplasme primitif ou d'un néoplasme secondaire de l'orbite. Dans le

cas de tumeur intra-oculaire, l'œil, longtemps glaucomateux, puis perforé, finit par se rétracter et tient, dans l'orbite, une place qu'efface rapidement le néoplasme extra-oculaire. Au contraire, quand la tumeur est purement orbitaire, l'œil exophtalme reste longtemps sain et son exploration permet d'affirmer l'intégrité des membranes. Ce diagnostic n'a du reste en général pas grande importance au point de vue thérapeutique, car l'exentération de l'orbite s'impose dans tous les cas.

QUATRIÈME PÉRIODE. — Nous ne dirons que peu de chose du diagnostic à la quatrième période, car la généralisation du mal d'une part, et d'autre part tous les moyens connus de déterminer l'existence d'une tumeur intra-oculaire, feront vite connaître à l'observateur la nature et la gravité des désordres auxquels succombe le patient. Le seul diagnostic d'intérêt spéculatif qui se présenterait ici serait celui de l'origine anatomique du néoplasme intra-oculaire ; on peut en effet confondre, à la quatrième période, le sarcome choroïdien avec le gliome de la rétine et attribuer à la seconde affection les désordres imputables à la première. Nous nous expliquerons longuement sur ce sujet dans le chapitre des gliomes ; disons ici cependant que l'erreur n'est possible que pour les leuco-sarcomes et les gliomes ; les sarcomes mélaniques du tractus uvéal, en dehors de leur coloration spéciale et de leurs antécédents, se reconnaissent à leur prédilection très marquée, quand ils se généralisent, pour l'organe hépatique.

#### F. — PRONOSTIC

Les auteurs qui ont écrit sur le sarcome du tractus uvéal ont eu le tort de ne pas suffisamment distinguer ou, pour mieux dire, de ne pas distinguer du tout le sarcome mélanique du tractus uvéal du leuco-sarcome. Nous pensons que cette distinction a une importance de premier ordre, car dans les deux cas la tumeur est maligne à cause de son caractère sarcomateux, et lorsqu'il s'agit d'une vraie mélanose, elle est maligne une fois de plus à cause de son pigment.

Nous démontrerons, au sujet du leuco-sarcome, que le pronostic est moins souvent malin que dans le sarcome mélanique et nous expli-